

受診受付票兼支払同意書

下記一覧の保険外徴収分に関して、貴院が定める実費料金の支払いに同意します。

受付申込日	西暦 20 年 月 日	診察券No.	
受診希望される診療科目に○印をして下さい			受診事由(該当に○をして下さい)
脳神経外科 外科 整形外科 内科 消化器内科 神経内科 泌尿器科 皮膚科 循環器内科 ペインクリニック ガンマナイフ 膠原病 健康診断 人間・脳ドック セカンドオピニオン			1 交通事故 2 業務中もしくは通勤途上 3 上記以外
フリガナ		性別	生年月日 年齢
ご氏名		男・女	年 月 日 歳
住所	〒	都・道	
		府・県	
		市 区	
連絡先	自宅電話番号	なし・あり	— —
	携帯電話番号	なし・あり	— —
※ 上記連絡先が本人様以外の場合、氏名・続柄をご記入下さい。		氏名	続柄
勤務先	会社名		
	住所 電話番号		
交通事 故の 方 は 交 通 事 故 の 範 囲 で ご 記 入 下 さ い	相手方氏名		
	相手方住所 相手方電話番号		
保険外徴収に関する一覧(税込)			
診断書(病院書式) 2,750円 診断書(各保険会社書式) 5,500円 証明書(各保険会社書式) 5,500円 受領証明書(領収書ではありません) 330円 自賠責保険用明細書 2,200円 自賠責保険用診断書 3,300円 後遺障害診断書 5,500円 身体障害者診断書 5,500円 国民年金診断書 5,500円 厚生年金診断書 5,500円 その他診断書・証明書 1,100円 ~ 30,800円 健康診断は必要項目により追加請求があります	画像フィルムコピー代(非課税) 800円 CD-R代 1枚 330円 検査用薬剤容器 1個 234円 CT歯科(インプラント)用シミュレーション 上下どちらか 11,000円 上下両方 16,500円 肺炎球菌ワクチン接種 2,000~8,000円 インフルエンザワクチン接種 1,000~3,500円 (ワクチン接種は非課税) ノロウイルス検査 簡易キット 4,400円 ノロウイルス検査 精密検査 11,000円	セカンドオピニオン 11,000円 ガンマナイフ相談料 3,850円 死後処置料(1式) 22,000円	